

# Fliegerärztlicher Fragebogen für die periodische Nachuntersuchung

(Vom Bewerber zweifach auszufüllen; eine Ausfertigung verbleibt beim untersuchenden fliegerärztlichen Sachverständigen, die zweite Ausfertigung verbleibt beim Bewerber)

am \_\_\_\_\_

Zu- und Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_ Nationalität \_\_\_\_\_

Identität geprüft: \_\_\_\_\_  
 (Unterschrift und Stempel des Arztes)

Militär: Dienstleistungen \_\_\_\_\_ Änderungen seit letzter Untersuchung \_\_\_\_\_  
 Ausweis für: \_\_\_\_\_ Instrumentenflug  ja  nein

Erklärung: Ich bestätige, daß folgende Angaben nach besten Wissen und Gewissen vollständig und wahrheitsgetreu sind. Ich nehme zu Kenntnis, daß wissentlich falsche Angaben sowie das Verschweigen wesentlicher Tatsachen rechtliche Folgen haben können. Ich ermächtige hiemit Ärzte und Spitäler, dem fliegerärztlichen Sachverständigen Auskünfte zur Beurteilung meiner Tauglichkeit und Einsicht in ihre Akten zu gewähren.

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Letzte fliegerärztliche Untersuchung bei Dr. \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Irgendwelche Erkrankungen oder Unfälle seit letzter Untersuchung? \_\_\_\_\_

Waren Sie in nervenärztlicher oder psychiatrischer Behandlung? \_\_\_\_\_

Krankenzustände \_\_\_\_\_ Behandlung bei Dr. \_\_\_\_\_

Schwierigkeiten in Beruf, Familie, Freizeit? \_\_\_\_\_

Flugstunden: seit letzter Untersuchung \_\_\_\_\_ Total \_\_\_\_\_ Flugzeug-Typen \_\_\_\_\_

nein	ja	Beobachtungen im Flug- oder Kontrolldienst:				nein	ja
		Ermüdung (operational fatigue)	Interkontinentalflüge				
		Druckausgleichsstörungen: Ohren	psychische Probleme				
		- Nebenhöhlen, Zähne	Schlafstörungen				
		- Blähungen	Sehschwierigkeiten, Brillen oder Kontaktlinsen				
		Orientierungsschwierigkeiten	Störungen durch Beschleunigung und Höhenwirkung				
		Kritische Situationen	Luftkrankheit				
		welche _____	andere Störungen, welche _____				
Hatten Sie früher oder haben Sie derzeit?							
		häufige oder schwere Kopfschmerzen	nervöse oder seelische Störungen				
		Schwindel, Ohnmachtsanfälle	Ermüdungszustände, Depressionen				
		irgendwelche Bewußtseinsstörungen	Gicht, Rheuma, Gelenksbeschwerden				
		häufige Erkältungen, Nebenhöhlenkatarrh	Beschwerden im Rücken oder in den Gliedern				
		Herzklopfen, Herzbeschwerden	Kolikien, Verdauungsstörungen				
		hohen oder niedrigen Blutdruck	Infektions- oder Geschlechtskrankheiten, welche				
		Atmungsbeschwerden, Atemnot	Frauenkrankheiten, Schwangerschaft				
		Allergien, Hautkrankheiten	Menstruations-Beschwerden				
		Impfreaktionen	andere Störungen, welche _____				
		Krämpfe, Lähmungen	nie	fallweise	regelmäßig	Alkohol _____	
		Raucher, wieviel _____	wie oft _____				
		regelmäßiger Gebrauch von Medikamenten, Schlaf-, Beruhigungs- oder leistungssteigernden Mitteln	_____				
		welche _____	_____				
		ungünstige Reaktionen auf Medikamente, welche _____	_____				
		Spital- oder Kuraufenthalt, warum _____	wann _____				
		Spezialuntersuchungen, welche _____	_____				
		Tropenaufenthalt, wo _____	_____				
		Sportliche Tätigkeit, welche _____	<input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> gelegentlich				
		Sind Sie in guter körperlicher Verfassung? _____	_____				

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

Ergänzungen des Arztes zur Anamnese: \_\_\_\_\_

Zutreffendes ankreuzen